Załącznik nr 1 do SWKO

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**NR POSTĘPOWANIA 31/2021**

* + - 1. **Dane oferenta (*wypełnić albo pkt A, albo pkt B*)**

**A. Podmiot leczniczy**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego............................................................................................

.....................................................................................................................................................

Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych................................. nr KRS..........................................

Pełnomocnik .......................................................... kontakt ...........................................................

B. Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko ................................................................……………………………….....................…………….…

Imię ojca: ………………………………………………………… imię matki: ………………………………………………………………

Nazwa prowadzonej działalności: .............................................................................................................

adres prowadzonej działalności: ………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):

miejscowość............................................................ kod pocztowy: ………………....................................... ulica.................................................................................................nr.......................................................

e-mail.........................................................telefon do kontaktu................................................................

PESEL ......................................... NIP ................................................. REGON..........................................

Nr rachunku bankowego: .........................................................................................................................

Nr PWZ: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): …………………………………………………………………………………………….

Nr księgi rejestrowej (RPWDL): …………………………………………………………………………………………………………….

Posiadane kwalifikacje/ ukończone kursy (należy dołączyć kopie dyplomów, certyfikatów itp. potwierdzone „za zgodność z oryginałem”):

1. specjalizacja z ………………………………….................................. Stopień specjalizacji …………………………
2. specjalizacja z ………………………………….................................. Stopień specjalizacji …………………………
3. dodatkowe umiejętności: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(wymagane potwierdzenie stosownymi zaświadczeniami)

**2. Zakres świadczeń**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa MedycznegoPowiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert i warunkami projektu umowy.

Deklaruję ..................... dyżury(ów) miesięcznie.

**3. Oferta cenowa**

Za świadczenie usług zdrowotnych w ramach Specjalistycznego Zespołu Ratownictwa Medycznego oczekuję wynagrodzenia w wysokości : ...................zł brutto/godz.

1. **Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia 01.05.2021r. do 31.12.2022r.

1. **Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

1. Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
2. Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG).
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
4. Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
6. Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. ................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*

b. ...................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*,

*\*Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) \*\*:

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………

znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

*\*\*Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia ........................................... ............................................

 podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Prawo wykonywania zawodu (kopia)
2. Dyplom ukończenia uczelni medycznej/dyplom ukończenia specjalizacji lub uzyskania tytułu specjalisty/ certyfikaty (kopia)
3. Orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza
4. Polisa OC lekarza (kopia)
5. Kopia zezwolenia z OIL na wykonywanie indywidualnej (specjalistycznej) praktyki
6. Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
7. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
8. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie BHP
9. Inne dokumenty i oświadczenia określone w warunkach jakie powinien spełniać oferent.